別紙様式

**抗HIV薬等要求書**

 令和　　年　　月　　日

沖縄県保健医療介護部地域保健課長　殿

医療機関名

担当者名　　　　　　　　　　　印

沖縄県血液等曝露後HIV感染予防薬整備事業実施要領に基づき、

下記のとおりHIV迅速診断キット及び抗HIV薬を要求します。

**要求する理由（該当する項目にチェックを入れてください）**

　□ 処方等により使用したため

処方対象

　所属：　□　他施設　　　□　自院

業種：　□　医療機関　　□　歯科診療所　　□　その他（　　　　　　　　　）

　□ 使用期限切れにより廃棄したため

**要求する抗HIV薬等（要求する項目にチェックを入れてください）**

　□ HIV迅速診断キット：10回分

　□ 全血展開液：１本（100回分）

　□ ツルバダ錠（TDF/FTC）：３日分

　□ アイセントレス錠400mg（RAL）：３日分

**土日、祝祭日の受け取り対応**

　□ 可能　　　　□ 不可（平日の受け取りを希望）

送付先：沖縄県保健医療介護部

地域保健課　感染症対策班　あて

FAX：098-866-2241

MAIL：aa090701@pref.okinawa.lg.jp